Załącznik nr 1

Dane Wykonawcy :

Nazwa/Adres : …………………………………………………………………………………………..

NIP …………………….

Regon ………………….

Nr KRS ………………..

data ..................................

# FORMULARZ OFERTY

Do Śląskiego Centrum

Chorób Serca

ul. M.C.Skłodowskiej 9

41-800 Zabrze

Nawiązując do zaproszenia do wzięcia udziału w przetargu nieograniczonym na dostawę aparatury medycznej ( spr. nr 56/EZP/19 ) , oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie objętym Specyfikacją Istotnych Warunków Zamówienia za ceny :

**wyszczególnione w Formularzu cenowym**

**Termin płatności** ustalamy do 30 dni licząc od dnia otrzymania faktury przez Zamawiającego.

1. Oświadczamy, że spełniamy wszystkie wymagania zawarte w Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia i przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz, że otrzymaliśmy wszystkie konieczne informacje potrzebne do przygotowania oferty.
2. Oświadczamy, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w specyfikacji istotnych warunków zamówienia.
4. Oświadczamy, że zawarty w specyfikacji istotnych warunków zamówienia wzór umowy został przez nas zaakceptowany i w przypadku wyboru naszej oferty – deklarujemy gotowość podpisania umowy na warunkach określonych w załączniku nr 3 do SIWZ w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego.
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z polityką i zasadami środowiskowymi, bezpieczeństwa i higieny pracy dla firm realizujących dostawy i/lub usługi umieszczonymi na stronie internetowej Szpitala.
6. Nasz adres E-mail do odbierania korespondencji ………………………
7. Jesteśmy małym / średnim / dużym przedsiębiorstwem .

Załącznikami do niniejszej oferty są :

1. ..................................................
2. ..................................................
3. .................................................. .........................................................

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy)*

Załącznik nr 2

Oświadczenie

składane na podstawie art. 25a ust. 1 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r.

Prawo zamówień publicznych

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn.

Dostawę aparatury medycznej

(spr. nr 56/EZP/19)

Oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 1 pkt 12-23 ustawy Pzp,

2. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 24 ust. 5 ustawy Pzp.

........................................................ dnia ................ r.

.....................................................................

(podpis)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oświadczam, że zachodzą w stosunku do mnie podstawy wykluczenia z postępowania na podstawie art. ......ustawy Pzp (podać mającą zastosowanie podstawę wykluczenia spośród wymienionych w art. 24 ust. 1 pkt 13-14, 16-20 lub art. 24 ust. 5 ustawy Pzp).

Jednocześnie oświadczam, że w związku z w/w okolicznością, na podstawie art. 24 ust. 8 ustawy Pzp

podjąłem następujące środki naprawcze:

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

...................... dn. ................ ..........................................

(miejscowość) (data) ( podpis osoby upoważnionej

do reprezentacji Wykonawcy)

Załącznik nr 4

Pakiet nr 1

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa przedmiotu zamówienia\* | Typ / Producent . | j.m. | Ilość | Cena jedn. netto | VAT | Wartość ogólna netto | Wartość ogólna brutto |
| 1 | **Zestaw hemopomp turbinowych do** wspomagania serca |  | szt. | 1 |  |  |  |  |

\*przedmiot zamówienia spełnia parametry techniczne z Załącznika nr 8

………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

*Wykonawcy)*

Załącznik nr 4

Pakiet nr 2

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp | Nazwa przedmiotu zamówienia\* | Typ / Producent . | j.m. | Ilość | Cena jedn. netto | VAT | Wartość ogólna netto | Wartość ogólna brutto |
| 1 | Lampa czołowa |  | szt. | 1 |  |  |  |  |

\*sprzęt spełnia parametry techniczne z Załącznika nr 8

………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

*Wykonawcy)*

**Dokument składany dopiero po upublicznieniu informacji z otwarcia ofert**

Załącznik nr 5

Sprawa nr 56/EZP/19

*………………………….*

*Miejscowość , data*

Dane Wykonawcy:

…………………………………

…………………………………

**Oświadczenie**

Zgodnie z przepisem art. 24 ust.11 ustawy z dnia 29 stycznia 2004 - Prawo zamówień publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2013 poz. 907 j.t. z późn. zm.),przystępując do postępowania o udzielenie zamówienia publicznego prowadzonego w trybie przetargu nieograniczonego w przedmiocie:

“ Dostawa aparatury medycznej ”

po zapoznaniu się z informacją z otwarcia ofert na stronie internetowej oświadczam(y), że :

należymy\*, nie należymy \* do grupy kapitałowej

\*niewłaściwe skreślić

z wykonawcami uczestniczącymi w w/w postępowaniu .

W związku z przynależnością do grupy kapitałowej podajemy jej uczestników

( wykonawca nie należący do grupy kapitałowej poniższe rubryki przekreśla).

………………………….…………………………………………………………………..…………….

………………………….…………………………………………………………………..…………….

………………………….…………………………………………………………………..…………….

Miejscowość ……………………………. Dnia………………………………………

………………………………………………………..

(czytelne podpisy – imiona i nazwiska osób

uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy)

Załącznik nr 6

………………………..

(pieczęć wykonawcy)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczamy, że posiadamy dokumenty dopuszczające oferowany przedmiot zamówienia – …………………………………….. ( nr sprawy 56/EZP/19) do używania i obrotu na terenie Polski oraz, że jesteśmy gotowi do dostarczenia tych dokumentów na każde żądanie zamawiającego w terminie 3 dni od otrzymania zawiadomienia

…………………. dn. ……………. ……………………………………

(miejscowość) (data) *(podpis osoby upoważnionej do*

*reprezentacji Wykonawcy)*

Załącznik nr 7

Formularz cenowy

Oferowane ceny na poszczególne pakiety w przetargu na dostawę aparatury medycznej wynoszą :

Pakiet nr 1

Cena brutto : ......................................

Słownie : .................................................................................................

Pakiet nr 2

Cena brutto : ......................................

Słownie : .................................................................................................

**Termin płatności oferowany przez Wykonawcę dla Zamawiającego**

**do 30 dni.**

**................................**

podpis Wykonawcy

Załącznik nr 8

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **Zestaw hemopomp turbinowych do wspomagania serca** | | | | |
| Miejsce przeznaczenia: **Blok operacyjny** | | | | |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Parametr oceniany** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje ogólne** |  |  |  |
|  | Producent | Podać | Bez oceny |  |
|  | Nazwa i typ aparatu | Podać | Bez oceny |  |
|  | Rok produkcji: 2019, sprzęt fabrycznie nowy | Tak | Bez oceny |  |
| **II** | **Parametry ogólne** |  |  |  |
|  | Zestaw hemopomp turbinowych do wspomagania serca | Tak | Bez oceny |  |
|  | Pompy do 30 dniowego wspomagania jedno- , dwu-komorowej pracy serca z możliwością zastosowania ECMO | Tak | Bez oceny |  |
|  | Urządzenie posiadające atest CE do 30 dniowego wspomagania VAS i ECMO u dorosłych i dzieci | Tak | Bez oceny |  |
|  | Konsola sterująca z miernikiem przepływu i uchwytem do pompy | Tak, 3 szt. | Bez oceny |  |
|  | Centryfugalne pompy wykorzystujące magnetycznie lewitujące łożyska | Tak, 3 szt. | Bez oceny |  |
|  | Monitor/komputer monitorujący pracę zestawu | Tak, 1 szt. | Bez oceny |  |
| **III** | **Pozostałe** |  |  |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności części przez minimum 8 lat od dostawy | Tak, oświadczenie załączyć do umowy | Bez oceny |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesięcy przez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak , podać | 24 m-ce 0 pkt.  36 m-cy 10 pkt |  |
|  | Instrukcja w języku polskim (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji aparatu | Tak | Bez oceny |  |
|  | Szkolenie pracowników Pracowni Elektroniki Medycznej Zamawiającego | Tak | Bez oceny |  |
|  | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak | Bez oceny |  |
|  | Częstotliwość przeglądów | Podać i opisać | Bez oceny |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii – do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak | Bez oceny |  |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak | Bez oceny |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny | Podać dane kontaktowe | Bez oceny |  |
|  | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Broszury techniczne, instrukcje, foldery potwierdzające spełnienie wymagań | Tak, załączyć do oferty | Bez oceny |  |

………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

*Wykonawcy*

Załącznik nr 8

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa urządzenia: **Lampa czołowa** | | | | |
| Miejsce przeznaczenia: **Blok operacyjny** | | | | |
| **Lp.** | **Parametry techniczne i funkcjonalne** | **Wymagania** | **Parametr oceniany** | **Wartość oferowana** |
| **I** | **Informacje ogólne** |  |  |  |
|  | Producent | Podać | Bez oceny |  |
|  | Nazwa i typ aparatu | Podać | Bez oceny |  |
|  | Rok produkcji: 2019, sprzęt fabrycznie nowy | Tak | Bez oceny |  |
| **II** | **Parametry ogólne** |  |  |  |
|  | Chirurgiczna lampa czołowa | Tak | Bez oceny |  |
|  | Źródło światła LED | Tak | Bez oceny |  |
|  | Maksymalne natężenie światła | Min. 100 000 lux | Wartość największa – 10 pkt.  Wartość graniczna – 0 pkt. |  |
|  | Temperatura barwowa | Min. 5000 °K | Bez oceny |  |
|  | Żywotność baterii | Min. 6 godzin | Bez oceny |  |
|  | Baterie kompatybilne z lampami DayLite HDi posiadanymi przez Zamawiającego | Tak/Nie | Tak – 20 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Zintegrowany wskaźnik stanu baterii | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Płynna regulacja ściemniania | Tak/Nie | Tak – 10 pkt.  Nie – 0 pkt. |  |
|  | Akumulatory litowo-jonowe | Tak | Bez oceny |  |
|  | Dwie opaski czołowe | Tak | Bez oceny |  |
| **III** | **Pozostałe** |  |  |  |
|  | Zagwarantowanie dostępności części przez minimum 8 lat od dostawy | Tak, oświadczenie załączyć do umowy | Bez oceny |  |
|  | Gwarancja minimum 24 miesięcy przez autoryzowany serwis (podać okres) | Tak , podać | 24 m-ce 0 pkt.  36 m-cy 10 pkt |  |
|  | Instrukcja w języku polskim (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Szkolenie personelu z zakresu obsługi i eksploatacji aparatu | Tak | Bez oceny |  |
|  | Szkolenie pracowników Pracowni Elektroniki Medycznej Zamawiającego | Tak | Bez oceny |  |
|  | W okresie gwarancji w ramach zaoferowanej ceny Wykonawca przeprowadzi przeglądy przedmiotu zamówienia w ilości i zakresie zgodnym z wymogami określonymi w dokumentacji technicznej łącznie z wymianą wszystkich części i materiałów eksploatacyjnych (zawartych w cenie oferty) niezbędnych do wykonania przeglądu, obejmujący naprawy w pełnym zakresie zgodnie z kartą gwarancyjną; ostatni przegląd w ostatnim miesiącu gwarancji | Tak | Bez oceny |  |
|  | Częstotliwość przeglądów | Podać i opisać | Bez oceny |  |
|  | Czas reakcji na zgłoszenie awarii – do 24 godz. (w dni robocze), czas usunięcia zgłoszonych usterek i wykonania napraw maks. 7 dni roboczych, czas wykonania napraw, w przypadku konieczności importu części zamiennych lub podzespołów maks. 14 dni roboczych | Tak | Bez oceny |  |
|  | Przedłużenie okresu gwarancji następuje o pełny okres niesprawności dostarczonego przedmiotu zamówienia | Tak | Bez oceny |  |
|  | Autoryzowany serwis gwarancyjny | Podać dane kontaktowe | Bez oceny |  |
|  | Paszport techniczny (dostawa z urządzeniem) | Tak | Bez oceny |  |
|  | Broszury techniczne, instrukcje, foldery potwierdzające spełnienie wymagań | Tak, załączyć do oferty | Bez oceny |  |

………………………………………

*(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji*

*Wykonawcy*